

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsaus-
schusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

Für die Schriftleitung verantwortlich: Parlaments-Chefarzt *Dr. Béla Alföldi*

Erscheint halbmonatlich

Bezugsbedingungen: Die „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ können durch die Post, Sortimentsbuchhandlungen und direkt vom Verlag: Budapest, V., Vadász-utca 26, bestellt werden.

Inseratenannahme durch alle Annoncen-
expeditionen und durch den Verlag. Be-
zugspreis: 26 Pengő. Für Deutschland und
für das Ausland: 20 Mark. Für die Übersee:
5 Dollar U. S. A. Einzelnummer 2 Pengő.

Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

**Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzranke. ♂
Storm Van Leuven Allergleirele Abteilungen für
Asthma, Heufieber etc. Allergische Krankheiten. ♂
Gebärabteilung. ♂ Stillungsabteilung für Krebs-
forschung und Heilung. Zander, Orthopädie und
Wasserheilanstalt.**

SANATORIUM SCHWABENBERG BUDAPEST

**Ganzjähriger
Betrieb**

**Klimatische diätetische Kuranstalt
430 Meter Seehöhe
15 Minuten vom Zentrum der Stadt**

**Für Erholungsbedürftige, Nervenranke, Blutarme, Asthmatiker,
Magen- und Darmranke, Zucker-, Nieren- und Herzranke,
sowie an anderen inneren Übeln Leidende.**

HEILBAD UND HOTEL ST. GELLÉRT BUDAPEST

**47° C warme, radioaktive
Thermalquellen.**

Die vollkommensten ärztlich-technischen
Einrichtungen. Mit besonderem Erfolg
angewendet bei Rheuma, Gelenkleiden,
Neuralgie, Gicht usw.

**Das Kurhotel ist mit den Bädern
in unmittelbarer Verbindung.**

240 modernst und mit allergrösstem Kom-
fort eingerichtete Zimmer. Erstklassige
Küche. Einbettiges Zimmer von 8–14
Pengő, zweibettiges Zimmer von 14–24
Pengő. Thermal-Wellenbad.



Hauptstädtisches Széchenyi-Heilbad im Stadtwäldchen

73.9 C° heisse, radiumhältige Schwefel-
quelle, mit reichem Kohlensäure-, Erd-
alkalien- und Kalkgehalt aus 970 m
Tiefe. Die heilkräftige Therme speist
Frauen- und Männervolksbäder, zahl-
reiche Badekabinen, Heissluft-, Dampf-,
Schlamm- und Kohlensäurebäder, sowie
das anschliessende herrliche Strandbad.
Trinkkuren, Mechanothérapie. ❖ Stän-
dige ärztliche Ordination

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsausschusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

Für die Schriftleitung verantwortlich: Parlaments-Chefarzt *Dr. Béla Alföldi*

Sanatorium Westend Purkersdorf bei Wien
für innere-, Stoffwechsel-
und nervöse Erkrankungen.
Mässige Preise, ganzjährig geöffnet.
Wiener Telefon Nr. R. 33-5-65 Serie.
Chefarzt und Direktor Dr. M. Berliner.

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 16. Dezember 1932.

J. Bence. *Die Rolle der Leber und des Magens in der Pathologie der perniziösen Anaemie. (Friedrich Korányi Festvortrag).*
In der Therapie der perniziösen Anaemie werden zur Zeit sowohl Magen-, wie auch Leberpräparate verwendet. Nachdem die Darreichung erheblicher Lebermengen durch geringe Extraktmengen ersetzt werden kann, so ist unbedingt eine in minimalen Mengen wirkende Substanz vorhanden, welche die Blutbildung spezifisch beeinflusst und sowohl in der Magenwand, wie auch in der Leber vorhanden ist. Dieser Stoff wird wahrscheinlich von der Magenwand produziert und gelangt durch die Zirkulation in die Leber, wo er eingelagert wird, oder chemisch umgewandelt seine wirksame Form erhält. Zum Beweis dieser Anschauung hat er an Yorkshire-Schweinen die totale Magenresektion durchgeführt. Nach der Operation trat an diesen Tieren keinerlei Ernährungsstörung auf, nach 4—5 Monaten sank die Hämoglobinmenge auf die Hälfte bei unveränderter Erythrozytenzahl und Mikrozytose: also eine mikrozytäre Chloroanaemie. Es zeigte sich, dass die Leber dieser Tiere keinerlei Wirkung auf die perniziöse Anaemie ausübt. Damit erscheint bewiesen, dass die auf die perniziöse Anaemie Heilwirkung aus-

übende Substanz von der Magenwand produziert wird und von dort in die Leber gelangt. Die Leber von säugenden Kälbern und Kälberembryonen ist ebenfalls wirksam, so dass keinerlei durch den Ernährungskanal eingeführter Stoff zur Produktion der wirksamen Substanz notwendig ist. Bei Achylie entstehen tiefgreifende Veränderungen der Magenwand, welche jene Gewebeelemente vernichten, die im Stande sind, die wirksame Substanz zu produzieren. Diese Substanz ist seiner Ansicht nach ein innersekretorisches Hormon, das in minimalen Mengen eine starke Wirkung entfaltet, in der Leber gespeichert wird und auf die Blutbildungsorgane und das Knochenmark wirkt. Die Erfahrung, dass die Achylia gastrica oft viele Jahre vor der perniziösen Anaemie in Erscheinung tritt und dass bei Menschen nach Magenresektion oft ein an perniziöse Anaemie erinnerndes Krankheitsbild auftritt, steht im Einklang mit diesen Versuchsergebnissen. Er hat ferner experimentell nachgewiesen, dass bei Kranken, die an Achylie oder perniziöser Anaemie leiden, jedoch keine Veränderung des Blutbildes zeigen, die Chlorbindungsfähigkeit der Erythrozyten für CO_2 -Durchströmung des Blutes erheblich herabgesetzt ist. Wahrscheinlich weisen auch die übrigen Zellelemente des Organismus, unter diesen auch das Drüsenepithel des Magens die gleiche Eigenschaft auf. Bei verringerter Chloraufnahme ist natürlich die Salzsäuresekretion vermindert. Das beweist, dass in einem Teil der Perniziosafälle eine Allgemeinschädigung des Zellprotoplasmas vorliegt.

Eine weitere Versuchsreihe war der Frage gewidmet, warum die Leber von Tieren, deren Magen exstript wurde, bei der Perniziosa unwirksam ist. Ein Eisenmangel ist bei der Perniziosa nicht vorhanden, im Gegenteil in den inneren Organen werden riesige Eisenmengen aufgespeichert. Die Leber hat ja eben die Aufgabe, diese disponiblen Eisenmengen an jene Stellen zu dirigieren, wo sie zu Hämoglobin aufgearbeitet werden. Amerikanische Autoren haben nachgewiesen, dass z. B. bei Anaemien nach ausschliesslicher Milchdiät das chemisch reine Eisen unwirksam, dagegen die im Handel im Verkehr befindlichen Eisensalze wirksam sind u. zw. wie sich herausstellte, infolge des geringen Kupfergehaltes, der als Verunreinigung regelmässig vorhanden ist. Durch Tierversuche wurde nachgewiesen, dass geringe Kupfermengen das chemisch reine Eisen wirksam machen, während andere Schwermetalle keine Wirkung ausüben. Der Vortragende hat hierauf den Kupfergehalt der Leber untersucht und in der Embryoleber sehr hohe Kupferwerte von 30—60 mg pro kg., bei Erwachsenen 2—8 mg gefunden. Eine Ausnahme bildet die Perniziosaleber, die sehr wenig, oder gar kein Kupfer enthält. Ebenso verschwindet das Kupfer aus der Leber bei Tieren nach Magenexstirpation so, dass 6 Monate nach der Operation Kupfer nur in Spuren nachweisbar ist. Er folgert hieraus, dass der Kupfergehalt der Leber eine wichtige Rolle bei den Anaemien spielt.

Sitzung am 13. Januar 1933.

G. Erös. *Die Bedeutung der argentaffinen Zellen des Magendarmtraktes bei perniziöser Anaemie.* Schilderung des argentaffinen Zellsystems im Magendarmkanal, dem auf Grund seiner Untersuchungen eine innersekretorische Funktion zukommt. Zellsysteme mit ähnlicher chemischer Aktivität hat Votr. auch in anderen inner-

sekretorischen Organen nachgewiesen. Dieses Zellsystem ist im Darmkanal von an perniziöser Anaemie Verstorbenen auffallend atrophisiert, weshalb anzunehmen ist, dass es für die Blutbildung bedeutungsvoll ist. Es erscheint ferner nicht wahrscheinlich, dass isoliert nur die Magenschleimhaut im Stande wäre, Blutbildung fördernde Substanzen zu produzieren. Zum Beweis seiner Annahme liess er ein Extrakt aus dem Darm solcher Hühner herstellen, wo die Zahl der argentaffinen Zellen durch vorausgehende Eingriffe (Hungern) vermehrt wurde. Bisher wurde festgestellt, dass bei der sogenannten Bartonella-Anaemie der Ratten nach Milzexstriktion sehr kleine Mengen dieses Extraktes (0.1 resp. 0.01 ccm) sowie grössere Dosen von Leberextrakt (0.5 ccm) eine Besserung der Anaemie bewirkten. Dem gegenüber hat sich die Zahl der geformten Blutbestandteile auf grössere Darmextraktmengen (0.5 ccm) nicht vermehrt, ja ihre Zahl nahm vorübergehend ab. Der Vortragende wird über die Ergebnisse dieser Versuche eingehend referieren. Einschlägige an Menschen durchgeführte Versuche sind im Zuge, auch bei diesen konnte festgestellt werden, dass die Extrakte eine fördernde Wirkung auf die Blutbildung nur in ganz kleinen Mengen ausüben.

J. Bence. Die Untersuchungen des Vortragenden sind sehr interessant, denn sie ermöglichen das Verständnis für die spezielle Zellenart in der Magenwand, die er in seinem Vortrag erwähnt hat. Die Annahme, dass im Darm, sowie in anderen Organen befindliche gleichartige Zellen ebenso ein die Blutbildung förderndes Produkt herstellen, wie die Magenwand, wird durch seine bisherigen Beobachtungen nicht bestätigt. In seiner Abteilung wurden im Anschluss an die Prüfung der Magenschleimhaut bei perniziöser Anaemie mit Stoffen Versuche durchgeführt, die aus verschiedenen Partien des Darmtraktes hergestellt wurden, wobei Dickdarm- und Dünndarmpräparate separat verabreicht wurden. Sie alle waren wirkungslos. Den Versuchen des Vortragenden kommt deshalb Wichtigkeit zu, weil er nachwies, dass die Funktion der argentaffinen Zellen durch gewisse Verfahren beeinflusst werden kann, so dass wir in der Lage sein werden, zu beobachten, wie sie sich in verschiedenen Fällen von Anaemie verhalten.

G. Erös. In der Leber sind keine Elemente nachweisbar, die den chromaffinen und Silber reduzierenden Zellen des Darmes und der innersekretorischen Organe ähnlich wären. Zu berücksichtigen sei jedoch, dass die Kupfer-schen Leberzellen eine silberreduzierende Substanz enthalten, weshalb die Leber wahrscheinlich nur ein Depot der speziellen, die Blutbildung fördernden Substanz ist, die im Magendarmkanal gebildet wird.

D. Kanócz. *Lipolyse und Tuberkulose.* Seine Feststellungen sind: 1. Die mit dem neutralen Blutfettspiegel gemessene lipolytische Fähigkeit des Organismus und die Tuberkulose sind umgekehrt proportionelle reziproke Äusserungen. 2. Die Lungenlipase ist ein relativ spezifisches Ferment des Tbc-Bazillenfettes und vermindert erheblich die Pathogenität dieser Bazillen. 3. Die Affinität der Lungenlipase für das Tbc-Bazillenfett ist der allgemeinen Lipolyse proportionell.

Besprechung. D. O. Kuthy. Die Untersuchungen des Vortragenden sind geeignet, das Vorherrschen der verschiedenen Fettstoffe in der Diät der Lungenkranken-Sanatorien zu rechtfertigen, die schon im letzten Dezennium des verfloßenen Jahrhunderts in

Erscheinung trat. Nach Erörterung der Erfolge, die mit den Mitteln der Lipoid-Behandlung: dem Hefin und Lepatren erzielt wurden, betonte er, dass die Untersuchungen des Vortragenden bewiesen haben, dass das Lipoid-Ferment die Fettkapsel des Koch-Bazillus schädigt und derart die Mikroben vulnerabel macht.

A. Puder. Nach den Untersuchungen von Kanócz ist die lipolytische Fähigkeit der tuberkulotischen Lunge vermindert, ja oft aufgehoben und das die Fettkomponente des Tbc-Bazillus spaltende spezifische Ferment kann ausschliesslich aus nicht tuberkulotischen Lungen gewonnen werden. Zu diesen Feststellungen kann Redner seine eigenen Untersuchungsergebnisse hinzufügen, dass nämlich im Sputum von schwerkranken Lungentuberkulotikern die Lipase stark vermehrt ist, in leichten Fällen aber in wesentlich geringeren Mengen vorkommt. Diese Erscheinungen lassen die Folgerung zu, dass die Lipase aus der tuberkulotisch veränderten Lunge mit dem Sputum entleert wird, welchem Prozess er den Namen „Lipatorrhoe“ erteilte. Der biologisch aus dem Gleichgewicht gebrachte Organismus entleert nach der Analogie der Demineralisation diesen anscheinend sehr bedeutungsvollen Faktor des Selbstschutzes und gelangt in den Zustand der „lipolytischen Insuffizienz“.

B. Fornet. *Über allergische Erscheinungen und Zusammenhänge.* Die Feststellung des allergischen Charakters einer Krankheit ist zumeist nur auf Grund von Wahrscheinlichkeitszeichen möglich. Solche sind das familiäre, gruppenweise Auftreten, die Entwicklung der Symptome in der Form eines Anfalles, ähnliche Wirkung gewisser Mittel und die Eosinophilie. Dagegen ist eine spezifische Antigenwirkung selten nachweisbar. Im Verein mit *Paul* und *Dzsinich* hat der Votr. schon seit längerer Zeit Hypercholesterinaemie in Begleitung von asthmatischen Anfällen nachgewiesen, nun referiert er über ähnliche Erscheinungen bei Rhinitis vasomotorica, Oedema fugax, Urticaria und Serumkrankheit, bei welchen von Cholesterin ähnliche Heilerfolge beobachtet wurden, wie bei Asthmatikern. Bei allergischen Zuständen ist das Blutserum mit Cholesterin gesättigt. Die Hypercholesterinaemie, der Sättigungszustand und der „Estersturz“ weisen darauf hin, dass der Leber im Krankheitsbild der Allergie eine bedeutende Rolle zukommt. In seiner Klinik haben *Paul* und *Róth* in Tierversuchen, *Dzsinich* mit dem bei Menschen ausgelösten Histamin-Shock nachgewiesen, dass die verhältnismässig gesunde Leber eine Vorbedingung der allergischen Reaktion ist. Ferner wurde nachgewiesen, dass die Leberfunktion beim anaphylaktischen Shock verschiedene Veränderungen erleidet, je nachdem die Leber als Teilerscheinung des allgemeinen Shock's erkrankt, oder durch portale Reinjektion eine sogenannte Organanaphylaxie ausgelöst wird. Mit Recht kann vorausgesetzt werden, dass allergischen und anaphylaktischen Funktionsstörungen ähnliche Gewebsveränderungen folgen und nachdem die bei anaphylaktischen Shock auftretenden Leberveränderungen eine Ähnlichkeit mit den Hepatosen aufweisen, ist die Annahme begründet, dass manche diffuse Leberkrankheiten, vor allem aber die Hepatosen auf allergischem Wege entstehen. Die Störung der Leberfunktion bei allergischen Kranken entspreche daher der latenten Hepatopathie von *Bergmann*, gelangt jedoch das Antigen durch die Magendarmschleimhaut direkt in den portalen Kreislauf, so entwickelt sich eine Organanaphylaxie, welche die Entwicklung von schweren Hepatosen erklärt.

Sitzung am 20. Januar 1933.

A. Noszkay. *Behandlung einer urethro-rektalen Fistel mit Resektion und Verlagerung des Rectums.* Bei dem 27jährigen Mann verursachte der gonorrhoeische Prostata-Abzess eine urethro-rectale Fistel, die einmal erfolgreich perineal operiert wurde. Fistelreze'dive nach forcierter Kathetereinführung. Nach drei Jahren abermalige Operation auf perinealem Wege, diese blieb erfolglos, sodann Resektion der fistulösen Rectumpartie, Versorgung der Fistel, Fixierung des mobilisierten oralen Rectumstumpfes an die Analhaut. Heilung p. P.

B. Rihmer. Blasendivertikel und schwere Infektion mit einer Niere. Ausschaltung des Divertikels. Der Kranke leidet seit drei Jahren an häufigen Harnentleerungen. Vor 2 1/2 Jahren wurde die r. Niere wegen Pyonephrose exstirpiert, nachdem die Pyurie bestehen blieb, wurde durch das Cystogramm ein Divertikel festgestellt. Der Kranke ist bei der Aufnahme subfebril, Erbrechen, Polyurie und Pyurie. Koch negativ. R. Nitrogen: 54.6%. Das Cystogramm zeigt ein faustgrosses Divertikel und eine kleinfingerbreite Erweiterung des 1. Urethers mit Reflexion. Das Divertikel wurde ausgeschaltet und sodann die Rigidität des inneren Oritiziums durch teilweise Exstirpation des inneren Sphinkters operiert. Heilung. Gewichtszunahme 5 kg in 4 Monaten, doch besteht die Polyurie und Pyurie weiter. Der hohe Restnitrogen und die Erniedrigung des Blutdeltas beweisen, dass in der Niere irreparable Veränderungen vorhanden sind, eine Mahnung, Divertikel möglichst frühzeitig zu operieren.

L. Ádám. Dilatationen und Divertikel des Oesophagus. Er erörtert die zahlreichen Theorien zur Erklärung der Oesophagus-Dilatationen. Nach Schilderung der Symptome und Behandlung betont er, dass einige seltene Fälle nur mit Hilfe von chirurgischen Eingriffen gelöst werden können. Sonst kann es passieren, was sich bei einem 25jährigen Patienten ereignete, der nach 2jährigem Leiden, nach dem ersten Tag seiner Aufnahme in die Klinik des Vortragenden, gestorben ist, wobei die Sektion nachwies, dass eine Oesophagus-Dilatation infolge Kardiospasmus vorhanden war, die seit 2 Jahren jeder internen Behandlung trotzte. Nach Schilderung der Fälle von *Bakay* und *Winternitz*, sowie der Arbeit von *Campion*, empfiehlt er für solche Fälle die Heller'sche Cardiomyotomie, noch besser ist die von Heyrovsky empfohlene Anastomose zwischen Magen und Speiseröhre. Er konnte sich selbst von der Durchführbarkeit dieser Operation überzeugen. Hochstehende pharyngo-oesophageale Grenzdivertikel (Zenker) hat er in 4 Fällen beobachtet, 2 derselben wurden erfolgreich operiert. Der Vortragende wollte mit seinen Darlegungen die Aufmerksamkeit der praktischen Ärzte auf die schweren Kardiospasmen und deren erfolgreiche chirurgische Behandlung lenken.

L. Friedrich hat 18 ähnliche Fälle beobachtet, in welchen die interne Therapie durchführbar war u. zw. mit Hilfe des Kardiodilatators von Gottstein und Starck. Das therapeutische Resultat war frappant, keiner dieser Fälle erforderte eine chirurgische Behandlung.

T. Bársony. Idiopathische Speiseröhren-Dilatationen kommen ziemlich häufig vor. Bleibt die psychische Behandlung, Luminal etc. erfolglos, ist es am zweckmässigsten die Kardiagegend mit dem

Dilator zu erweitern. Speiseröhren-Divertikel finden sich bei 10% der Erwachsenen und bilden zumeist nur Nebenfunde. Grenzdivertikel pflegen zu wachsen, erreichen sie einen gewissen Umfang, dann sind sie zu operieren. Speiseröhrendivertikel verursachen zumeist nur dann Klagen, wenn beim Patienten gleichzeitig eine Verengung des Hiatus vorhanden ist. In diesem Fall ist die Strikturen durch Erweiterung mit der Ballonsonde zu beseitigen. So grosse Divertikel, wie sie der Vortragende demonstriert hat, sind in der unteren Partie der Speiseröhre sehr selten.

N. Sandelhausen. Der Speiseröhrenkrampf resp. die Striktur ist ein häufiges nervöses Symptom und erinnert an das Symptom des Hy-Globus. Eben deshalb sei ein nicht zu vernachlässigender Faktor der Ätiologie und Therapie die Applikation der neurologischen resp. psychischen Verfahren.

K. Sánta. *Gehirn und geistige Befähigung.* Zwischen einzelnen Funktionen und den zugehörigen Gehirnzentren besteht jederzeit ein sehr enger Konnex. Im Gehirn von Talenten ist von Seiten des entsprechenden Gehirnzentrums ein gewisser Überschuss im Vergleich zum Durchschnitt zu erwarten. Dieser Überschuss kann erfahrungsgemäss auf zwei Wegen zustande kommen: durch Vergrösserung der Gehirnoberfläche, oder durch Überentwicklung der inneren Struktur der Hirnrinde; die letztere kann sich auf die Rindenbreite, auf die Zellendichte der Rindenschichten und schliesslich auf die Dimension der einzelnen Nervenlemente beziehen. Er referiert über die gehirnanatomische Untersuchung eines Rechenkünstlers, dieser war kein Genie oder Mathematiker, sondern nur ein Kopfrechner, dessen blendendes Talent auf seinem ausserordentlichen Gedächtnis beruhte. Auffallend war beiderseits die überentwickelte Oberfläche des unteren Seitenlappens, besonders aber des Gyrus angularis. Die mikroskopische Untersuchung stellte ausserdem eine Überdifferenzierung der inneren Struktur fest, sowohl auf dem Gebiet des Gyrus angularis, wie auch auf dem der *Formatio parietalis superior*. Die IV. Schicht — *Granularis interna* — zeigte eine übernormale Zellendichte, ferner waren auch die Pyramidennzellen der Schichte III c massiger. Seine eigenen Untersuchungen, wie auch die Lehren der klinisch beobachteten Krankheitsfälle (*Akalkulia*) lokalisieren die Begabung der Rechenkünstler auf das Gebiet des Gyrus angularis und der *Formatio parietalis superior*. Die Überentwicklung der IV. Schicht wird damit erklärt, dass hier höherstehende perzipierende und Engramme bewahrende Rindenfelder vorliegen, bei welchen eine Überdifferenzierung schon a priori in der für sie charakteristischen rezeptiven Schichte zu erwarten ist.

Sitzung am 27. Januar 1933.

J. Boros u. J. Fernbach. *Elektrokardiogramm einer letalen Koronarthrombose.* Der 52jährige Mann erkrankte plötzlich mit charakteristischen Symptomen von Koronarthrombose. Die elektrokardiographische Registrierung wurde im Zustand eines schweren vasomotorischen Shock's begonnen. Die Kurve zeigt bei totalen AV-Block automatische rhythmische Kammerfunktion, mit atypischen, für Herzinfarkt charakteristischen Kammerkurven. Sodann wird die Herzfunktion arhythmisch, es folgten immer häufiger atypische Kammerkomplexe, dann ziemlich plötzlich Kammerflattern und wenige Minuten später Kammerflimmern. Der Tod trat nach Eintreten des Kammerflatterns auf, am EK. konnten noch 15 Minuten

gleichzeitig aufhören. Infolge des mit der Eröffnung des Brustkorbes eintretenden Lungenkollapses verschlechtern sich die einzelnen Qualitäten so rasch, dass bis zur Registrierung, bereits die totale AV-Dissoziation eingetreten ist. Werden die kollabierten Lungen mit einer Trachea-Kanuls aufgeblasen, so werden sämtliche Qualitäten binnen Sekunden regeneriert. Hierauf folgt eine langsame stufenweise Verschlechterung, wobei die Reihenfolge des Verschwindens resp. der Verminderung der einzelnen Qualitäten genau festgestellt werden kann, ob nun die erweiterten Lungen sich selbst überlassen bleiben, oder mit Hilfe einer Spritze entlüftet werden. Die eintretende Verschlechterung des Bildes kann durch neuerliche Lufteinblasung behoben werden und Besserung und Verfall können ungefähr $\frac{3}{4}$ Stunden lang nach Belieben wiederholt werden. Versuchsergebnisse: Die einzelnen Partien des Reizbildungs- und Leitungssystems im Herzen sind äusseren Schädlichkeiten gegenüber nicht gleichmässig empfindlich, indem zuerst die Funktion des AV-Bündels und sodann des Sinusknotens eingeht. Später ist das Verhalten nicht einheitlich, indem der Rhythmus der Sinus-Reizbildung der S—A-Leitung und des Zentrums der Kammerautomatie gleichzeitig oder separat Schädigungen aufweisen. Die Formänderung des Kammer-E. K. trat häufig früher ein, als die Verschlechterung der AV-Leitung der Sinusreizbildung, andererseits ist diese sehr oft das erste Zeichen der Besserung. Bei der Regeneration aber kommt die Herstellung der Funktion des AV-Bündels am schwersten zustande. Das Bestehen der Empfindlichkeit gegen äussere Reize bei Abnahme der Kontraktilität kann geraume Zeit nach dem Aufhören der Reizbildung und Reizleitung nachgewiesen werden. Nachdem auch die schwersten Veränderungen (totale AV-Dissoziation) sich zurückbilden, sind diese nicht organisch, sondern nur funktionell bedingt, ebenso wie der gesteigerte Vagustonus, oder unter der Wirkung irgend eines Narkotikums zustande kommende ähnliche Störungen, die sich zurückbilden können. Hieraus folgt, dass das Reizbildungs- und Reizleitungssystem auf verschiedene äussere Schädlichkeiten im allgemeinen in gleicher Weise reagiert, indem die Funktion der empfindlicheren Partien früher, oder im ausgiebigerem Masse abnimmt, als die der übrigen. Die Suffokation könnte ebenso durch O_2 -Mangel, wie durch CO_2 -Anhäufung zustande kommen. Zur Entscheidung dieser Frage wurden die Lungen mit reinem Oxygen, reiner Luft, O_2 mit 10—20% CO_2 , sowie mit Luft mit einer Gehalt von 20—40% CO_2 aufgeblasen. Nachdem die Regeneration sowohl bei sehr hohen Kohlensäure-, sowohl auch sehr niedrigem Oxygeengehalt gelang, ist die Ursache der Asphyxie wahrscheinlich der O_2 -Mangel.

Besprechung. P. Kiss. Bei den demonstrierten Tierversuchen müsse bei der Herzregeneration nicht nur die Oxigenzufuhr, sondern auch die Steigerung des intrapulmonalen Druckes durch Aufblasen der Lungen berücksichtigt werden, weil das letztere die Durchblutung des Koronarsystems fördert und mit dem Oxygen die Regeneration erheblich fördert. Er demonstriert die Elektrokardiogramme, die beim Tod von 2 Kindern aufgenommen wurden. In dem einen Fall hörte das Atmen wegen des hochgradigen, durch eine Gehirngeschwulst verursachten intrakranialen Druckes plötzlich auf, wonach das Herz noch $\frac{3}{4}$ Stunden lang funktionierte, im zweiten Fall war deszendierender Croup die Todesursache, die eine

stufenweise Suffokation herbeiführte. Im ersten Fall kann praktisch der Oxygen-Mangel als Ursache der Asphyxie des Herzens, im zweiten Fall vornehmlich die Kohlensäure-Anhäufung als Ursache der Erstickung betrachtet werden. Das Verhalten des Herzens war in dem einen Fall ein ganz anderes, als in dem andern.

E. Schill würde es nicht wagen zwischen Kohlensäure-Anhäufung und Oxygenmangel als Todesursachen so scharf zu differenzieren.

Sitzung am 3. Februar 1933.

A. Röttch. *Die Bedeutung der Lidrandwarzen in der Ätiologie gewisser Bindehaut- und Hornhautentzündungen.* Im Anschluss an Verruca vulgaris des Lidrandes wurden bei zwei Kranken Bindehautentzündungen, bei drei Kranken oberflächliche Hornhautentzündungen verschiedener Intensität beobachtet. Das Leiden war auf die von der Verruca befallene Seite beschränkt, und die seit Monaten dauernde Krankheit heilte nach Beseitigung der Verruca binnen wenigen Tagen. Die Krankheit wird wahrscheinlich von einem filtrierbaren nukleotropen Virus verursacht, der von der Verruca in den Bindehautsack gelangt, ebenso wie auch der Virus von Herpes, Variola, Molluscum contagiosum die Bindehaut resp. die Cornea angreift. Treten daher solche Augenkrankheiten einseitig auf, muss auch diese ätiologische Möglichkeit berücksichtigt werden.

A. Torday. *Hyperazidität bei Polycythaemie.* In einem seiner zwei Fälle ergab das fraktionierte Probefrühstück normalen Befund, in dem zweiten Fall fand er Hyperazidität. Nach den bisherigen Ergebnissen geht die Hyperglobulie nicht unbedingt mit einer gesteigerten Magensaftsekretion einher. Was das Verhältnis zwischen vermehrter Magensaftsekretion und Blutzellenzahl, sowie Hb. betrifft, fand er in solchen Fällen keine wesentliche Vermehrung der Blutzellen, der Hb-Gehalt aber war in zahlreichen Fällen an der oberen Normalgrenze, was seiner Ansicht nach eine koordinierte Erscheinung ist.

L. Friedrich. *Bedeutung und Wert der Duodenalsonde für die Diagnostik der Gallensteinkrankheiten.* Vortr. referiert über 1000 Untersuchungen an sicher festgestellten Gallensteinkranken, bei denen auch die Cholezystographie durchgeführt wurde. Die Duodenalsonde sei auf Grund dieser Feststellung nur ein diagnostisches Hilfsmittel, wogegen die Cholezystographie Aufschlüsse von grösserer Sicherheit erteilt. Die Duodenalsonde sei dennoch unentbehrlich in Fällen, wo auf Cholelithiasis verdächtige Klagen bestehen und die Cholezystographie normalen blassen Gallenblasenschatten zeigt, oder wo sich die Blase überhaupt nicht füllt. Die Olive der Duodenalsonde muss im Pars descendens liegen, was mit dem Röntgen zu kontrollieren ist. Bei Verdacht auf Gallensteine ist die Untersuchung der Reflexe, wie auch die mikroskopische Untersuchung des Sekrets wichtig. Der negative Reflex ist noch kein Beweis für den Cysticus-Verschluss, und der positive Reflex schliesst das Vorhandensein von Steinen nicht aus. Das Vorhandensein von vermehrten Kristallelementen, besonders von Cholesterinkristallen im Sediment bilden Verdachtsmomente für Gallensteine, wogegen die Vermehrung der Leukozyten nicht immer für das Vorhandensein eines Entzündungsprozesses spricht. Sind die Reflexe negativ, das cholezystographische Bild schattenarm und finden sich unter dem

betrachtet werden, aber nur insofern, dass die Mehrzahl der gesunden Personen eine Temperatur unter 37 Grad besitzt. Kann jedoch keine pathologische Veränderung nachgewiesen werden, so muss der Betreffende nicht unbedingt als krank und subfebril deklariert werden, weil der Fall vorliegen kann, dass seine Temperatur normal bis 37.4 Grad C reicht.

Besprechung. Br. A. Korányi stimmt mit dem Vortragenden darin überein, dass auch gesunde Personen Temperaturen bis 37.4 Grad haben können, doch sei dies, wenn die Untersuchung in vollem Ruhezustand bei entsprechend lange Zeit hindurch ausgeruhten Individuen durchgeführt wird, als Ausnahme zu betrachten. An Magengeschwür leidendes Krankenmaterial sei zu Vergleichszwecken nicht geeignet, weil das Magengeschwür mit subfebrilen Temperaturen einhergehen kann. Die Angaben von Csépai sind nur für sein Krankenmaterial und unter den Untersuchungsverhältnissen richtig die ihm zur Verfügung standen, doch ist auch dann die sehr hohe Zahl der 37 Grad überschreitenden Temperaturen überraschend. Es besteht der begründete Verdacht, dass sich unter diesen zahlreichen Kranke befanden, deren Leiden bei einmaliger Untersuchung nicht festgestellt werden konnte, und dass es unter ihnen viele abgespannte oder reizbar Leute gab, deren Temperatur durch die Erregung der Untersuchung und deren Umstände erhöht wurde. Es wäre nachteilig, wenn die Ärzte auf Grund der Erfahrungen des Vortragenden dessen Folgerungen verallgemeinern würden. Seiner Ansicht nach ist das Individuum, dessen Temperatur 37 C° übersteigt und das sich an einen Arzt wendet, wenn es auch bei der einmaligen Untersuchung gesund erscheint, weiter zu beobachten. Selbst wenn eine eingehende Untersuchung keine Krankheit feststellen könnte, ist es möglich, dass sein Leiden später geklärt wird, oder dass das Verschwinden der Subfebrilität nach einer gewissen Zeit den Beweis erbringt, dass die Temperaturerhöhung nicht durch individuelle Eigenart, sondern durch ein näher nicht bestimmbares Leiden verursacht wurde. Er erinnert an die so zahlreichen subfebrilen Fälle während des Krieges, die zum grossen Teil nicht tuberkulös waren, deren fieberhafter Charakter jedoch durch das spätere Verschwinden der höheren Temperatur bewiesen wurde. Er erinnerte ferner an die Empfehlung von *Holtó*, der zum Beweis des Fiebercharakters von Temperaturerhöhungen die Pyramidonkontrolle empfahl.

K. Csépai. Aus dem Umstand, dass die Temperatur eines Individuums zur Pubertätszeit über 37 Grad ist und mehrere Jahre später unter 37 Grad sinkt, könne man noch nicht auf den pathologischen Charakter der Temperatursteigerung folgern. Wir haben nicht das Recht, die Angaben von Wunderlich als veraltet zu bezeichnen. Seiner Überzeugung nach, müsse die ärztliche Ansicht über die obere Grenze der normalen Körpertemperatur revidiert werden.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 30. März 1932.

S. Szilágyi. Multiples Epitheliom.

G. Pilau. Schwerer Fall von Tbc verrucosa cutis. Kasuistische Demonstrationen.

und es können binnen wenigen Tagen auch meningeale Symptome auftreten so, dass schon in diesem frühen Stadium die Operation angezeigt sein kann. Die Grippeepidemie ist otologisch ziemlich milde, er fand zumeist geringe Hörstörungen ohne Entzündung. Der Verlauf der Otitis konnte mit der frühzeitig durchgeführten Parazentese günstig beeinflusst werden. Die diesjährige Grippeepidemie hatte zwei Eruptionen, die eine milde dauerte vom Neujahr bis Ende Januar, die zweite otologisch maligne, vom 1. Februar bis 10. März.

I. Bézl referiert über die in der Prosektur des St. Ladislaus-Spitals gesammelten pathologischen und bakteriologischen Beobachtungen. Unter den cca 1500 Grippeerkrankungen gab es 74 Todesfälle (36 Frauen, 38 Männer) diese wurden vom 1. Februar—25. März beobachtet. Auf die Altersklasse 46—70 entfielen 40%, auf Kranke von 16—25 Jahren 30%, auf von 11—15 0% der Todesfälle. Die Mehrzahl der Todesfälle trat am 4—15 Krankheitstag ein. Die pathologischen Veränderungen entsprachen den Beobachtungen bei früheren Epidemien, der Unterschied war nur, dass es weniger rapide schwere Brustfellentzündungen mit Blutungen gab, Gehirn-entzündungen gab es überhaupt keine. In 66 Fällen fanden sich die Symptome der Luftröhren- und Bronchienentzündung, in 65 Fällen Bronchopneumonien, in 58 Fällen Pleuritiden, in 11 Fällen Empyeme. Bakteriologisch konnten in den pathologischen Veränderungen Influenzabazillen häufig nachgewiesen werden. In typischen Grippefällen war der Influenzabazillenbefund positiv; in der Luftröhre in 15 von 23 Fällen, in den Bronchien in 52 von 62, in der Lunge in 43 von 62, in den Nasennebenhöhlen in allen 7 Fällen. Reine Influenzabazillenkulturen wurden gewonnen aus den Bronchien in 2, aus der Lunge in 5 Fällen. Während der Epidemie war auch die Zahl der positiven Bazillenbefunde in nicht grippösen Fällen ziemlich bedeutend, so in der Luftröhre in 3 von 6, in den Bronchien in 5 von 8, in der Lunge in 8 von 11 und in den Nasennebenhöhlen in 2 Fällen. In einem Fall verursachte eine frische Thrombose in einem Koronarienast eine Muskelnekrose. Im Thrombus fanden sich Influenzabazillen, im Herzmuskel aber eine allgemeine parenchymatöse und inselförmige fettige Degeneration. In diesem Fall führte die Herzveränderung den Tod herbei.

I. Karaliáth referiert über einen mit Lungengangrän komplizierten Fall von grippöser Bronchopneumonie.

G. Daniel. Über den Verlauf der Grippe bei dem Krankenmaterial der Elisabeth-Sanatoriums konnte er feststellen, dass die Epidemie verhältnismässig universell und intensiv ist, sie weist verhältnismässig häufige extrapulmonale Komplikationen und zahlreiche Rezidive auf. Er beobachtete in mehreren Fällen von zirrhotischer Phthise bei Anwendung von Salygran symptomatische Besserung, was er mit der diuretischen Wirkung des Quecksilbersalzes erklärt.

I. Joós. Aus dem von 57 Grippekranken stammenden Material wurde der Pfeiffer-Bazillus in 27 Fällen herausgezüchtet (47%), bei der Untersuchung von Rachensekreten war der Befund 9-mal positiv (15%), aus dem Sputum gelang es nur dreimal den Bazillus zu züchten. In 9 Fällen war eine Mischinfektion vorhanden.

L. Pleskó. Unter den Grippekranken im St. Ladislaus-Spital gab es nur 3% Kinder, so dass die Differenzierung der grippösen Kehlkopfprozesse von den diphtheritischen nicht notwendig war.

L. Laub. Anlässlich der Grippeepidemie waren in 12 Fällen interne Siebbeinoperationen und in 9 Fällen äussere Operationen notwendig. Es gab ferner mehrere Fälle mit pseudomembranösen Rachen- und Kehlkopfentzündungen, Kehlkopfphlegmonen, sowie zahlreiche schwere Nasenblutungen.

E. Egedy. Im Laufe der Grippeepidemie waren Anfälle vom Herzschwäche infolge zentraler Vasomotorenlähmung ziemlich selten, dagegen gab es häufiger Leitungsstörungen und Arythmien infolge der toxischen Läsion der Reizleitungsbahnen, Verlängerung der Vorhof-Kammer-Reizleitungsdauer, Kontraktionsausfall der Kammer, sinusaurikularen und totalen Block, Wanderung der Reizbildungsartes, und Extrasystolen verschiedenen Ursprungs. Selten sah er auf die Läsion des Myokards verweisende Symptome.

S. Rothman.

E. Hainiss. Bei Säuglingen wurden anlässlich der Grippeepidemie besonders häufig Empyeme und Veränderungen im Gehörorgan beobachtet. Die Diagnose der Otitis ist bei grippekranken Säuglingen nicht immer leicht, und es muss oft Parazentese, ja sogar Anthrotomie in solchen Fällen durchgeführt werden, wo diese Diagnose nur durch Ausschlussung gestellt werden kann. Bei Säuglingen entwickelt sich oft nach der Grippe larvierte Tbc, die weder durch Tuberkulinreaktion, noch durch die physikalische Untersuchung rechtzeitig zu erkennen ist. Bei thorakalen Empyemen, wenn diese durch Pneumococcen verursacht wurden, beeilen wir uns mit dem chirurgischen Eingriff nicht, sondern machen serienweise Punktionen. Spülungen mit Optochin oder polyvalenten Serum und nur wenn die Besserung keine genügende ist, entschliessen wir uns nach 10—14 Tagen zur Operation.

P. Kiss. Bei Säuglingsgrippe befindet sich das Herz infolge des Toxins und anderer Ursachen in einem übermässigen Reizzustand, so dass die Zahl der Herzkontraktionen 240 erreichen kann. Gelingt es nicht die Tachycardie günstig zu beeinflussen, so kann plötzlicher Herzstillstand eintreten. Die hochgradige Sinustachycardie führt eventuell zum Vorhofflimmern, sodann zur Kammertachycardie und schliesslich infolge Erschöpfung zum Tode. Im Verlauf der Tachycardie entsteht Kammerzittern, dieses führt schon nach kurzer Dauer zum Tode. Die Bekämpfung der Tachycardie kann erzielt werden durch Einspritzung von Chinin, Digalen, Seval und Dextrose.

D. Schranz. Im gerichtsmedizinischen Institut gelangten 17 Grippefälle zur Sektion. 8 dieser Fälle wurden nicht mit Grippe-diagnose, sondern Herzkrankheit, Aspirinvergiftung, Speisevergiftung, Gehirnblutung eingeliefert.

A. Puder hat am Krankenmaterial des Elisabeth-Sanatoriums die Einwirkung der Grippe auf die Lungen-Tbc studiert. Die Grippe hat in keinem einzigen Fall aktive Lungen-Tbc ausgelöst. Die Morbidität der Lungenkranken wie auch der zur Beobachtung gelangten gesunden Personen war während der Epidemie grösser.

A. Furka. Antipyretica erzielen in den unkomplizierten Fällen rasche Besserung sie können jedoch das Eintreten der Lungenentzündung nicht verhüten. Bei Empyemen hüte man sich vor einem allzu raschen chirurgischen Eingriff und warte die Besserung der Pneumonie ab.

Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

(Fortsetzung.)

Gemeinsame Sitzung des Vereins der Ungarischen Kliniker, des Tuberkulosenvereins der Ungarischen Ärzte und der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft, am 8. Juni 1932.

Hauptfrage: Chirurgische Behandlungen der Tuberkulose.

Referent Johann Ángyán (Pécs): Die üblichen Methoden der chirurgischen Therapie der Lungentuberkulose führen den Kollaps der erkrankten Lunge herbei. Unter normalen Verhältnissen stehen die auf die Lungenoberfläche von innen und aussen wirkenden Kräfte im Gleichgewicht. Dieses Gleichgewicht kann gestört werden: durch Herabsetzung der pneumatischen Lungenanspannung (Bronchusobstruktion), durch Aufhebung der Adhäsion der Lunge an den Thorax (Pneumothorax, Oleothorax, Pneumolyse), schliesslich durch Aufhebung der Gegenspannung jener Gebilde, welche den Lungenkollaps verhindern (Phrenicus-Exairese, Thorakoplastik, kontralateraler Pneumothorax). Nach Schilderung der Bedeutung der Vitalkapazität und des Minutenvolumens, deren Verhältnis eine Feststellung der Atemreserve ermöglichen, beschäftigt sich der Vortragende mit den Einwirkungen des Lungenkollapses auf die Zirkulation, den Blutdruck und das Elektrokardiogramm. In der kollabierten Lungenpartie kann infolge der Blut- und Lymphstauung der tuberkulotische Entzündungsprozess nicht fortschreiten. Infolge dessen erfolgt eine Demarkation des erkrankten Gebietes, das für den Organismus unschädlich wird. Nach Erörterung der Kontraindikationen des Pneumothorax und der Aufzählung der Indikationen, stellt er fest, dass ein frühzeitiges Verschwinden der Bakterien aus dem Sputum die Prognose günstig gestaltet, Verwachsungen oder Verklebungen, die eine Spannung des Lungengewebes verursachen, ungünstig wirken. In solchen Fällen sind Ergänzungsmethoden anzuwenden.

In der unter Leitung des Vortr. stehenden Klinik wurde in den letzten 5 Jahren die Pneumothoraxbehandlung bei 413 Patienten eingeleitet, in 17 Fällen bilateral, in 3 simultan und in 14 sukzessiv. Ein ausreichender Kollaps konnte in 285 Fällen (69%) mit 38% guten Erfolgen, Bazillenfreiheit in 59% aller Fälle erzielt werden. Bei ausreichendem Lungenkollaps ergab daher die Pneumothoraxtherapie in $\frac{1}{3}$ der Fälle Heilung, in $\frac{2}{3}$ derselben Behebung der Infektiosität. Nach Erörterung der Frage der Nachfüllung stellt er fest, dass der Pneumothorax in jenen Fällen, wo die Leitung der Behandlung vom Arzte abhängt, 4 Jahre hindurch aufrecht zu erhalten ist, u. zw. von dem Zeitpunkt ab, wo im Sputum zum letztenmal Bakterien nachweisbar waren. Der Vortr. nimmt entschieden Stellung gegen jene Form der Pneumothoraxbehandlung, bei welcher bereits die erste Füllung ambulant durchgeführt wird.

Arnold Winternitz. Die chirurgische Therapie der Lungentuberkulose basiert auf der Erfahrung, dass gewisse Formen der Lungen-Tbc bei spontanem Pneumothorax oder unter dem Druck eines serösen pleuritischen Exsudates heilen. Auf Grund dieser empirischen Erfahrungen wurde die Kollapstherapie aufgebaut. All unsere Verfahren gegen die Lungen-Tbc haben nur einen palliativen Charakter, denn wir beseitigen ja kein einziges Tuberkel und keine Bazillen. Wir bringen die kranke Lunge in Ruhe, drücken sie,

wenn notwendig auf ein kleineres Volumen zusammen und indem die kranke Lunge von der Spannung befreit wird, die von den Rippen ausgeübt wird, erhält sie die Möglichkeit, dass die durch Gewebszerfall entstandenen Kavernen sich zusammenziehen, und die kranken Partien vernarben. Wir besitzen 5 Verfahren zur Kollabierung und Ruhigstellung der Lunge: 1. Pneumothorax, 2. Thorakoplastik, 3. Phrenikotomie, 4. extrapleurale Plombe, 5. Jacobäus-Operation. Der Vortragende erörterte sodann die Durchführung der Thorakoplastik, ihre Indikationen und Kontraindikationen, und referierte über die von ihm durchgeführten 229 Thorakoplastiken mit 47% Heilungen und 10.9% Frühmortalität.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

Universitätswahlen. Rector magnificus der Budapester Péter Pázmány-Universität wurde Professor *Paul Angyal*, Dekan der medizinischen Fakultät Professor *Ernst Balogh*, Schriftführer Professor *Julius Darányi*. An der Szegeder Franz-Josef-Universität wurden Rector magnificus *Tibor Széki*, Dekan der medizinischen Fakultät Prof. *Elemér Veress*, Schriftführer Professor *Albert Szentgyörgyi*. — An der Debrecener Stefan Tisza Universität wurde zum Rector Professor *Sigmund Vargha* und zum Dekan der medizinischen Fakultät Professor *Franz Orsós* gewählt.

Budapester Königliche Gesellschaft der Ärzte. In der am 2. Juni unter Vorsitz des Präsidenten *Stefan Tóth* gehaltenen 107. Generalversammlung gedachte der Präsident in seiner Ansprache der trefflichen Editionen der Ungarischen Medizinischen Buchverlagsgesellschaft. Mit Bedauern konstatiert er, dass gegen unsere medizinische Terminologie viele Einwendungen erhoben werden können, die ärztliche Sprache bedient sich zu vieler Fremdwörter, die mit guten ungarischen Worten ersetzt werden könnten. Er unterbreitet den Antrag, die Generalversammlung soll die Direktion damit betrauen, eine Kommission für Sprachpflege zu bilden, deren Mitglieder jene Ärzte seien, die auch bisher für die Sprachreinigung gekämpft haben, als Berater aber sollen einige hervorragende Linguisten gewählt werden. Generalsekretär *Edmund Zalka*, Oberbibliothekar *Rudolf Temesváry* und Kassier *Stefan Liebmann* unterbreiteten die Berichte, die zur Kenntnis dienten. Sodann wurden zu korrespondierenden Mitgliedern *Giuseppe Ovio* Professor der Ophthalmologie der römischen Universität, *Leon Bernard* Professor an der Pariser Universität und Präsident des französischen Senates für Gesundheitswesen, zum Ehrenmitglied Universitätsprofessor *Koloman Buday* gewählt.

Verleihung. Der Reichsverweser hat auf Unterbreitung des Kultus- und Unterrichtsministers den Dozenten der Szegeder Franz Josef Universität Dr. *Karl Waltner* in Anerkennung seiner Verdienste um die Fachliteratur und Ärztebildung den Titel eines ausserordentlichen Universitätsprofessors verliehen.

Schriftleitung und Verlag der „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ : Budapest, V., Vadasz-utca 26.

Scheckkonto : Budapest, k. ung. Postsparkassa Nr.**41710. Bankkonto : Ungarisch-Italienische Bank A.-G. Budapest, Zweigstelle Andrassy-ut. Fernsprecher : Budapest 289—26.

Druckerei der Pester Lloyd-Gesellschaft. (Direktor : Ignaz Schulmann.)

Obermedizinalrat: Dr. **CYZEWSKY**

Enthalten sämtliche Wirkungsstoffe der innersekretorischen Drüsen.

Steril!

GLANDUÖVIN

GLANDUITRIN

CHEMISCHE FABRIK GEDEON RICHTER A.-G.
Budapest, X.

HEILANSTALT LASSNITZHÖHE

BEI GRAZ, ÖSTERREICH.

Seit 1900 bestehendes gut bürgerliches Sanatorium. Sonnige, waldreiche Höhenlage. 600 m Seehöhe.

Nerven-Internkranke, Erholungsbedürftige.

Zeitgemässe Pauschalpreise. Chefarzt **Dr. Miglitz**. Auskünfte erteilt das Öst. Verkehrsbüro, **Budapest, VI., Andrassy-ut 28.**

Pöstyén

für die

"RHEUMAKRANKE WELT!"

Über den vulkan. Schwefel-Schlammquellen erbaut: Thermia Palace Hotel, verbunden mit den Bädern. Literatur: Pistyan-Bureau, Budapest, VII., Károly-körút 3/a.



THERMALBAD HÉVIZ



Besitzt die ergiebigste Thermalquelle des Kontinents mit einer Wassermenge von 630 Liter pro Sekunde und 28 $^{\circ}$ C Temperatur. Die Quelle entspringt in einem 5 Hektar grossen Teich, dessen Boden bis zu einer Tiefe von mehreren Metern mit dem berühmten, stark radioaktiven Torfschlamm bedeckt ist. Das Baden geschieht im Freien, den Gästen stehen gedeckte Kabinen zur Verfügung. Die Saison beginnt am 5. Mai und dauert bis 30. September. Empfohlen bei Knochenbrüchen, Ischias, Rheumatismus, Stoffwechselkrankheiten und Frauenleiden. In der letzten Saison wurde das Thermalbad von 20,000 Badegästen besucht. Im Badeort stehen 260, im angebauten Villenviertel 60 Hotels und Villen mit 2000 Zimmern zur Verfügung. ☞ Das Bad liegt 6 km entfernt von der Stadt Keszthely am Plattensee und ist mit der Südbahn über Wr. Neustadt-Nagykanizsa erreichbar. Autoverkehr in jeder Minute. Ärzte, Apotheke, Post, Telegraph und Interurban-Telephon im Ort. Es ist angezeigt, Zimmerbestellungen mindestens 3 Wochen vor der beabsichtigten Ankunft bei der Badedirektion Hévíz vorzunehmen. — Massige Preise. Ausgedehnte Park- und Spazierwege. — Kurnmusik.

Druckerei der Pester Lloyd-Gesellschaft. (Ignaz Schulmann.)